



Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä

Onnistunut omahoito edellyttää terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisessä vuorovaikutuksessa rakentuvaa toimivaa yhteistyötä. Omahoidon, yhteistyön ja vuorovaikutuksen välisiä suhteita sekä vuorovaikutuksen merkitystä yhteistyön toteutumisen kannalta on kuitenkin tarkasteltu tutkimuksissa vasta rajallisesti tyypin 2 diabeteksen hoidon kontekstissa.

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tutkimuksessa tarkasteltiin diabeetikoiden (N=41) kokemuksia lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneista yksittäisistä hoidonohjauskeskusteluista (N=63), joiden koettiin edistäneen tai estäneen omahoitoa. Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselyllä ja teemahaastattelumenetelmällä vuosina 2014–2015. Tutkimusaineistot yhdistettiin analyysivaiheessa ja ne analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tekemisessä sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa.

Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti kolmella osa-alueella, jotka olivat tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen sekä yhteistyöroolien määrittäminen. Vuorovaikutuksella oli merkitystä yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnitteluun että omahoidon toteuttamiseen. Keskeistä vuorovaikutuksen edistävän ja estävän merkityksen kannalta oli, onnistuivatko ammattilainen ja diabeetikko rakentamaan hoidonohjauskeskusteluissa yhteisen vuorovaikutustyylin. Tuloksia voidaan hyödyntää diabeteksen hoidonohjauksen laatuksiteereiden päivittämisessä ja tätä kautta omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön arvioimisessa ja kehittämisessä.

ASIASANAT: yhteistyö, vuorovaikutus, tyypin 2 diabetes, omahoito

MAIJA PELTOLA, PEKKA ISOTALUS, PÄIVI ÅSTEDT-KURKI

YDINASIAT

- Terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolien määrittämisen osa-alueilla.
- Vuorovaikutuksen merkitys näyttyi yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnittelussa että toteuttamisessa.
- Erityisen merkityksellistä yhteistyön toimivuuden ja onnistuneen omahoidon kannalta oli yhteinen vuorovaikutustyyli, joka rakennettiin yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti hoidonohjauskeskusteluissa.
- Jokainen hoidonohjauskeskustelu tulisi nähdä mahdollisuutena edistää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyön tekemistä vuorovaikutuksen keinoin.

JOHDANTO

TYYPIN 2 DIABETES

Tyypin 2 diabetes on heterogeeninen sairausryhmä, jolla ei ole yksiselitteisiä diagnostisia kriteerejä. Tavallisimmin tyypin 2 diabetes määritellään sairaudeksi, jossa verensokeripitoisuus on pitkäaikaisesti suurentunut. Sairauden kehittymiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät, ja usein tyypin 2 diabeetikolla on myös liitännäissairauksia, kuten kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. (1.) Lisäksi sairastumisriskiin ovat yhteydessä ylipaino, sosioekonomiset sekä psykososiaaliset kuormitustekijät, kuten pitkäaikainen stressi, univaikeudet ja masennus (2–4). Vuonna 2019 on arvioitu, että maailmanlaajuisesti diabetesta sairastaa joka yhdestoista aikuinen, ja heistä noin 90 prosenttia on tyypin 2 diabeetikkoja (5). Suomessa on arvioitu olevan yli 500 000 diabeetikkoa, joista noin 75 prosentilla on arvioitu olevan tyypin 2 diabetes (1). Tyypin 2 diabetesta on kutsuttu myös suomalaisiksi kansansairauksiksi, jonka hoitaminen on merkittävää niin yksilön, terveydenhuollon kuin koko yhteiskunnan kannalta (6–7).

YHTEISTYÖ OSANA ONNISTUNUTTA OMAHOITOA

Onnistunut omahoito on tyypin 2 diabeteksen hyvän hoitotasapainon perusta. Onnistuneella omahoidolla tarkoitetaan diabeetikon toteuttamaa päivittäistä hoitoa, jossa hän huolehtii terveellisestä ruokavaliosta, liikunnasta, lääkityksestä ja levosta. Omahoitoon sisältyy lisäksi liitännäissairauksien ennaltaehkäisy ja hoito sekä monipuolinen terveydentilan seuranta, kuten verensokerin ja verenpaineen sekä suun ja jalkojen terveyden seuranta. (1, 8.) Onnistunut omahoito on laaja ja dynaaminen kokonaisuus, joka edellyttää diabeetikolta motivoituneisuutta sitoutua päivittäiseen hoitamiseen sekä jatkuvaa valmiutta seurata terveydentilan muutoksia ja käsitellä sairastamiseen liittyviä tunteita, kuten epävarmuutta, pelkoa ja syyllisyyttä (9–10).

Vaikka vastuu omahoidon toteuttamisesta ajassa on diabeetikolla itsellään, on terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tehtävällä yhteistyöllä keskeinen merkitys omahoidon onnistumisen kannalta (7, 11–12). Yhteistyön merkitystä omahoidossa korostetaan niin Käypä hoito -suosituksessa (1), hoidonohjauksen kansallisissa laatu-kriteereissä (13) kuin myös diabeteksen hoidon

kehittämishankkeiden viitekehyksenä toimivassa Terveystyömallissa (chronic care model), jossa tuloksellinen yhteistyö diabeetikon ja ammattilaisen välillä nähdään keskeiseksi terveyshyötyjä edistäväksi tekijäksi (14–15). Toimivan yhteistyön merkitys tulee esille hoitoon sitoutumista selittävänä tekijänä (16–18), keskeisenä voimaantumiseen liittyvänä tekijänä (19–20) sekä tasa-vertaisen hoitosuhteen ja siinä yhteisymmärryksessä tapahtuvan hoidosta sopimisen mahdollistajana (21–23).

YHTEISTYÖ HOIDONOHJAUKSEN KONTEKSTISSA

Yhteistyötä määriteltäessä on tärkeää huomioida, että yhteistyö ei tapahdu tyhjiössä, sillä konteksti antaa raamit yhteistyön luonteelle, sen tekemisen tavoille ja arvioinnille (24–25). Hoidonohjauksessa tapahtuvaa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä yhteistyötä kuvataan tavoitteelliseksi, prosessimaiseksi ja pitkäkestoiseksi kumppanuudeksi, jossa molemmat osapuolet osallistuvat omahoidon edistämiseen liittyvien tavoitteiden asettamiseen sekä yhteiseen työskentelyyn niiden saavuttamiseksi. Ammattilaisen tehtäviksi yhteistyössä on määritelty esimerkiksi tarvittavan tiedon antaminen, hoitotoimenpiteiden opettaminen sekä emotionaalisen tuen antaminen omahoitoon sitoutumisen vahvistamiseksi. Diabeetikon tehtäviksi yhteistyössä on puolestaan määritelty vastuun ottaminen hoitoon liittyvistä valinnoista sekä aktiivinen, oma-aloitteinen ja kantaaottava käyttäytyminen. Diabeetikon toivotaan tuovan esille omia ajatuksia, tietoja, kokemuksia ja huolia diabeteksen kanssa elämisestä. Lisäksi hänen odotetaan ottavan puheeksi epäselväksi jääneitä ja tärkeiksi kokemiaan asioita, jotta hoidonohjauskeskustelut ja omahoitosuunnitelmat olisivat diabeetikon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisia. (1, 13, 26–27.) Täten toimivaa yhteistyötä ei nähdä vain ammattilaisvetoisena ohjaamisena ja vastuiden jakamisena, vaan ennen kaikkea potilaslähtöisenä toimintana, jossa keskinäinen kunnioitus sekä diabeetikon tarpeet, toiveet ja odotukset ovat toiminnan perustana, ja jossa hoito toteutetaan yhdessä diabeetikon kanssa (1, 12, 26, 28).

Potilaslähtöisyyden määrittelyssä ja toteuttamisessa on kuitenkin havaittu olevan ongelmia. Epäselväksi on esimerkiksi jäänyt, onko se enemmän ajattelu- vai toimintatapa, ja kuinka vasta-voiroisena toimintana kyseinen orientaatio lopulta nähdään (29). Potilaslähtöistä toimintaa on

kuvattu pääasiallisesti ammattilaisen orientaation ja viestintätyylinä, jonka tavoitteena on saada potilas osallistumaan keskusteluun sekä hoitoon liittyvään päätöksentekoon (29–31). Yhteistyön tekemisessä ei kuitenkaan ole kyse vain siitä miten yksittäiset osapuolet toimivat, vaan myös siitä, miten molemmat osapuolet rakentavat keskinäistä ymmärrystä yhteistyön tekemisestä sekä siihen liittyvistä rooleista ja tavoitteista (25, 32). Kyseistä näkökulmaa perustelevat myös aikaisemmat tutkimukset, joissa on selvitetty tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoiden näkemyksiä toimivasta hoitosuhteesta ja yhteistyöstä. Diabeetikot ovat kuvanneet arvostavansa sellaista hoitosuhdetta ja yhteistyötä, jossa molemmat osapuolet kuuntelevat ja oppivat toisiltaan, jakavat ideoita, ovat samaa mieltä keskeisistä tavoitteista sekä tukevat toiminnallaan tavoitteiden saavuttamista (33–35). Toistaiseksi on kuitenkin tarkasteltu vasta rajallisesti sitä, miten molempien osapuolten viestintäkäyttäytyminen on rakentanut yhteistyön tekemistä (29).

VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS TOIMIVAN YHTEISTYÖN RAKENTAJANA

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ihmisten välisessä verbaalisessa ja nonverbaalisessa viestinnässä tapahtuvaa merkitysten luomista, jakamista ja niistä neuvottelemista. Merkitykset koskevat käsiteltävän asian lisäksi myös ihmisten käsityksiä ympäristöstään, itsestään sekä suhteestaan vuorovaikutuksen toiseen osapuoleen. Asiasisältöjen lisäksi on tärkeää tarkastella, millä tavoin vuorovaikutuksen osapuolet asemoituvat suhteessa toisiinsa ja miten he tätä vuorovaikutuksessa ilmaisevat. (25, 36.)

Vuorovaikutuksen ja yhteistyön välinen suhde on vähintään kaksiosuolteinen. Toisaalta vuorovaikutuksen voidaan ymmärtää olevan tilannekohtaisesti rakentuva ympäristö, jossa osapuolet rakentavat ja ylläpitävät keskinäistä yhteistyötä luomalla ja tulkitsemalla verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä käsiteltävästä aiheesta, itsestään ja suhteesta toiseen. Samanaikaisesti vuorovaikutus voidaan ymmärtää myös molempien osapuolten yhteiseksi työvälineeksi, jonka avulla on mahdollista luoda, muokata ja saavuttaa yhteistyöhön liittyviä tavoitteita. (25, 32.)

Vuorovaikutuksen tehtäväksi yhteistyön onnistumisen kannalta on nimetty muun muassa tiedon käsitteleminen, ideoiden tuottaminen ja

jalostaminen, toiminnan arvioiminen, tuen osoittaminen ja saaminen, keskinäisen riippuvuuden hallinta, yhteisten tavoitteiden määrittelemineen, osapuolten erilaisten perspektiivien ymmärtäminen, ongelmien käsitteleminen ja päätöksenteko (25, 31, 37–38). Yhteistyöaiheisissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että useimmiten vuorovaikutuksen ja yhteistyön välinen suhde jää tarkemmin määrittelemättä. Myös yhteistyö on saatettu jättää tutkimuksissa kokonaan määrittelemättä, sillä ilmiötä pidetään usein itsestään selvyyttenä. (25, 38.)

Yhteistyö määritellään usein positiiviseksi ilmiöksi – ikään kuin vuorovaikutuksessa rakentuva yhteistyö johtaisi aina onnistuneisiin lopputuloksiin (24). On kuitenkin todettu, että vuorovaikutus voi myös merkittävästi vaikeuttaa yhteistyön tekemistä ja sen tavoitteiden saavuttamista (25). Esimerkiksi niukka sosiaalinen tuki, kuuntelemattomuus sekä korostettu ammattilaisen ja diabeetikon välinen statusero ovat aikaisempien tutkimustulosten mukaan yhteydessä omahoidon laiminlyöntiin (12, 39–41). Jotta terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välistä yhteistyötä pystyttäisiin kehittämään omahoidon kannalta entistä toimivammaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi, tarvitaan uutta tutkimusta selventämään vuorovaikutuksen roolia yhteistyön tekemisessä sekä tuomaan esille vuorovaikutuksen kaksisuuntainen merkitys.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyyppin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä vuorovaikutuksen kaksisuuntainen merkitys näkyvämmäksi yhteistyön tekemisessä, jotta yhteistyötä pystyttäisiin kehittämään omahoidon kannalta entistä toimivammaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyyppin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä diabeetikon kokemana?
2. Miten terveydenhuollon ammattilaisen ja tyyppin 2 diabeetikon välinen vuorovaikutus estää omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä diabeetikon kokemana?

MENETELMÄT

KOHDERYHMÄ

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat tyyppin 2 diabetesta sairastavat henkilöt. Tutkimuksen sisäänottokriteereinä olivat: 1. tutkimukseen osallistuja on täysi-ikäinen, 2. tutkimukseen osallistuvalla on diagnosoitu tyyppin 2 diabetes, 3. tutkimukseen osallistuja on asioinut lääkärin tai hoitajan kanssa tyyppin 2 diabeteksen hoitoon liittyen, 4. tutkimukseen osallistuja asuu Pirkanmaalla ja 5. tutkimukseen osallistuja on kykenevä antamaan tietoisien suostumuksen tutkimukseen osallistumiseksi. Kaikkien edellä kuvattujen sisäänottokriteerien täytyminen oli edellytys tutkimukseen osallistumiselle.

AINEISTONKERUU

Tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaan maakunnassa vuosina 2014–2015. Tutkimuksesta tiedotettiin pirkanmaalaisten diabetesyhdistysten sekä Diabetesliiton kautta. Lisäksi tutkimuspyyntö julkaistiin avoimella Facebook-sivustolla sekä Diabetesliiton Kohtauspaikka-keskustelufoorumilla. Myös tutkimukseen osallistujat välittivät tutkimuksesta tietoa eteenpäin.

Tiedonkeruumenetelminä olivat avoin kysely ja teemahaastattelu, joissa molemmissa sovellettiin merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa (critical incident technique, 42). Tässä tutkimuksessa merkityksellisellä tapahtumalla tarkoitettiin tyyppin 2 diabeetikon yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun liittyvää merkityksellistä vuorovaikutuskokemusta, jonka hän itse koki olevan joko myönteisesti tai kielteisesti yhteydessä omahoitoon. Tutkimuksessa keskityttiin lääkäreiden ja hoitajien kanssa tapahtuneisiin hoidonohjauskeskusteluihin, sillä kyseiset ammattiryhmät vastaavat pääasiallisesti tyyppin 2 diabeteksen hoidonohjauksesta ja hoidon seurannasta Suomessa. Tutkimuksessa ei rajattu diabeetikkojen kokemuksia sen perusteella, ovatko hoidonohjauskeskustelut tapahtuneet yksityisen, julkisen vai työterveyshuollon piirissä. Suomessa diabeteshoidon käytänteet vaihtelevat paljon (7), ja tästä syystä rajautuminen vain tietylle terveydenhuollon sektorille olisi voinut rajoittaa aineiston monipuolisuutta.

Osallistujia pyydettiin kuvailemaan omin sanoin yksittäisten hoidonohjauskeskustelujen etenemistä sekä miten molemmat osapuolet oli-

vat käyttäytyneet kyseisissä keskusteluissa. Lisäksi osallistujia pyydettiin kuvailemaan, miksi keskustelu oli omahoidon kannalta joko myönteinen tai kielteinen. Osallistujat saivat itse valita, kuinka monesta hoidonohjauskeskustelusta he haluavat kertoa ja haluavatko he kertoa myönteisistä ja/tai kielteisistä keskusteluista.

Avoin kysely toteutettiin e-lomakkeella, johon vastaajat kirjoittivat kokemuksistaan nimettöminä. Kysely toteutettiin yliopiston ylläpitämällä E-lomakeohjelmistolla (versio 3.1). Vastausten pituus vaihteli viidestä rivistä A4-sivun mittaisiin vastauksiin. Haastattelut kestivät 30–90 minuuttia, ja ne toteutettiin kasvokkain osallistujien valitsemissa paikoissa, kuten yliopistolla, kahviloissa sekä osallistujien kotona. Kaikki haastattelut äänitettiin ja kirjoitettiin tekstiksi.

AINEISTON ANALYYSI

Avoin kyselyaineisto ja teemahaastatteluaineisto yhdistettiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (43). Analyysiyksikkönä olivat merkitykselliset tapahtumat eli vuorovaikutuskokemukset, jotka ensin eroteltiin aineistosta. Kyseiset tapahtumat olivat useampien lauseiden muodostamia kokemuskuvauksia, jotka kytkeytyivät yksittäiseen hoidonohjauskeskusteluun. Tapahtumat sisälsivät tietoa tilannetekijöistä (esim. osapuolet, tilanteen tarkoitus, keskustelun aihe), viestinnällisestä ilmapiiiristä sekä omahoitoon liittyvistä seurauksista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä.

Aineistosta eroteltiin 63 merkityksellistä tapahtumaa, jotka luokiteltiin myönteisiksi ja kielteisiksi perustuen siihen, miten osallistujat olivat itse määritelleet kokemustensa myönteisyyden ja kielteisyyden omahoidon kannalta. Myönteisiä kokemuksia oli 42, joista 32 käsitteli lääkärin ja kymmenen hoitajan kanssa tapahtunutta hoidonohjauskeskustelua. Näistä 18 keskustelua tapahtui tutun ammattilaisen kanssa ja 16 ennalta tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Kahdeksan osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin. Kielteisiä kokemuksia oli 21, joista 14 käsitteli lääkärin ja seitsemän hoitajan kanssa tapahtunutta keskustelua. Näistä yksitoista keskustelua tapahtui tutun ammattilaisen kanssa, ja viisi ennalta tuntemattoman ammattilaisen kanssa. Viisi osallistujaa ei maininnut tai muistanut, olivatko he tavanneet ammattilaisen aiemmin.

Analyysia jatkettiin purkamalla tapahtumat merkityksellisiin ilmauksiin, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tapahtumista etsittiin sellaisia ilmauksia, joissa kuvattiin vuorovaikutusta (kuten keskustelemista, kuuntelemista, toisen viestintään reagoimista) tai vuorovaikutuksen puuttumista. Samassa yhteydessä aineistosta etsittiin ilmauksia, joissa kuvattiin vuorovaikutuksen merkitystä yhteistyön tekemisen sekä muiden omahoidon onnistumiseen kytkeytyvien tekijöiden kannalta. Ilmaukset ryhmiteltiin kokemuksen myönteisyyden ja kielteisyyden, ammattilaisten ammattinimikkeen (lääkäri/hoitaja), diabeetikon sukupuolen sekä hoitosuhteen pituuden (ensikäynti/jatkuva hoitosuhde) perusteella.

Merkitykselliset ilmaukset pelkistettiin säilyttäen alkuperäisilmauksen merkitys, ja pelkistykset luokiteltiin samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien mukaan alaluokiksi. Tässä vaiheessa lääkärin ja hoitajien kanssa tapahtuneiden keskustelujen kuvaukset yhdistettiin, sillä kuvauksissa ei havaittu keskeisiä eroja ammattikuntien välillä. Eroavaisuuksia ei havaittu myöskään sukupuolen osalta tai sen suhteen, oliko terveydenhuollon ammattilainen ennalta tuttu. Ainoaksi erotteluvaksi tekijäksi ilmausten jaottelussa jäi vuorovaikutuskokemusten myönteisyys ja kielteisyys yhteistyön tekemisen sekä muiden omahoitoon sisältyvien ulottuvuuksien kannalta.

Sekä myönteisten että kielteisten kokemusten merkityksellisistä ilmauksista muodostui 32 alaluokkaa. Alaluokista muodostettiin käsitteellistämisen kautta 14 yläluokkaa. Sekä myönteisistä että kielteisistä yläluokista muodostui kolme pääluokkaa, jotka olivat toistensa vastakohtia. Merkityksellisten tapahtumien tekniikan analyysiohjeiden mukaisesti (44, 42) myönteiset ja kielteiset pääluokat nimettiin neutraalisti. Tiivistetty esimerkki yhden pääluokan muodostumisesta on esitetty taulukossa 1. Taulukkoon 2 on koottu kaikki pääluokat, yläluokat ja alaluokat.

EETTISET NÄKÖKOHDAT

Tutkimuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisiä periaatteita (45). Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle haettiin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Osallistujille annettiin ennen suostumuksen pyytämistä riittävä tieto tutkijoista, tutkimusaiheesta ja

toteutustavoista sekä tutkimuksen aikataulusta ja tulosten käyttötarkoituksista. Lisäksi osallistujille kerrottiin heidän oikeutensa tutkimukseen osallistujina sekä millä tavoin heidän yksityisyytensä suojataan. Kaikilta tutkimukseen osallistuvilta pyydettiin tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimusaiheen arkaluonteisuus huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston kerännyt tutkija tiedosti, että merkityksellisten tapahtumien muisteleminen saattaa herättää osallistujissa voimakkaita tunnereaktioita (46). Tutkija oli varautunut tarvittaessa keskeyttämään haastattelun ja ohjaamaan haastateltavan avun piiriin. Näin tutkija varautui toimimaan myös silloin, jos hän olisi havainnut osallistujan tarvitsevan apua terveydentilansa vuoksi. Tällaisia tilanteita ei kuitenkaan tullut esille. Kokonaisuutena tutkimusprosessi dokumentoitiin tarkasti ja tulokset esitettiin systemaattisen ja huolellisesti tehdyn analyysin pohjalta.

TULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 41 henkilöä. Avoimeen kyselyyn vastasi yhteensä 13 naista ja kolme miestä. Kolmen vastaajan täyttämä avoin kysely jouduttiin hylkäämään, sillä vastauslomakkeet oli jätetty lähes tyhjiksi. Haastatteluihin osallistui 18 naista ja seitsemän miestä. Iältään osallistujat olivat 30–93-vuotiaita. Diagnoosin saamisesta oli kulunut aikaa 3–28 vuotta ja kaikilla osallistujilla oli joko tabletti- tai insuliinihoito.

Tulokset osoittivat, että diabeetikkojen kokemuksissa vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti kolmella osa-alueella, jotka olivat tiedon jakaminen, sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen sekä yhteistyöroolin määritteleminen.

TIEDON JAKAMINEN

Tiedon jakaminen tarkoitti yhteisten merkitysneuvottelujen käymistä diabeteksesta ja omahoidosta. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tiedon jakamista edisti tarvelähtöinen, kuunteleva ja diabeetikoiden viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus. Tarvelähtöisyys tarkoitti tiedon jakamisen tapahtuneen diabeetikoiden lähtötietojen ja -tilanteen sekä toiveiden ja huolien pohjalta. Ammattilaiset käynnistivät yleensä tarvelähtöisen tiedon jakamisen esittämällä

Taulukko 1 Tiivistetty esimerkki päaluokan ”Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen” muotoutumisesta

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Päaluokka
”Ilmapiiri oli ihan semmonen, rento, koska hän oli, tuntuu et hän oli aidosti kiinnostunut siitä potilaasta, eli minusta, kun hän katto paljon mua. Varmaan mäkin oon ollu sillon rentoutuneempi – – Sillon uskaltaa paremmin puhua ja kysellä”	Ammattilainen osoitti kiinnostuneisuutta katsomalla diabeetikkoa Ammattilainen rentoutti ilmapiiriä Diabeetikko uskalsi puhua ja kysellä	Aktiivinen kontaktin ottaminen	Välitön vuorovaikutus	Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen
”Sitten me välillä puhuttiin taas sitä sairaudesta ja sitten hän taas rupes puhumaan yhtäkkiä meitä yhdistävistä asioista. (--) Se tuo heti semmosen turvallisen tunteen puhua ihan mistä vaan, niistä vaikeammistakin jutuista.”	Ammattilainen ja diabeetikko kertoivat itsestään Yhdistävistä asioista puhuminen auttoi puhumaan myös vaikeamista asioista	Itsestä kertominen		
”Mä koin et mut hyväksyttiin semmosena ku mä olin siinä vaikka mä ilkin, mulla oli huomattu tämmönen vakava sairaus.”	Diabeetikko koki tullessa hyväksytyksi sairaudesta huolimatta	Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen	Välittävä vuorovaikutus	
” – – se kyllä äkkiä vei siis kaikenlaiset tommoset pelot pois – – ku mä syyllistin itteeni sitten siinä aika paljon että minkä takia mä en sitte.. – – ottanu sitä tosissaan kun – – ammattilainen oli mua varottanu ja näin.”	Ammattilainen vei diabeetikon pelot pois Diabeetikko kertoi ammattilaiselle syyllisyyden tunteistaan			
” Mut se sano vaan että siis, et ei sitä kannata surra että nyt hoidetaan.”	Ammattilainen siirsi vuorovaikutusfokuksen murehtimisesta hoitamiseen	Tulevaisuuteen suuntautumisen		
”mä tunsin että vaikka mulla oli todettu tämmönen sairaus niin, mua ei moitittu yhtään, vaan todettiin että näin tämä on nyt tilanne että, nyt on uus tilanne elämässä et ihan semmonen positiivinen.”	Ammattilainen ei moitinnut diabeetikkoa sairastumisesta Ammattilainen ja diabeetikko rotesivat diabeteksen uudeksi tilanteeksi elämässä			
”Ammattilainen ei oikeastaan kysynyt mitään ja kun kerroin kerroin olevani ruokavaliohoidolla, asia ei tunnuta kiinnostavan mitenkään. Olen täysin omien mittausteni ja päätelmien varassa, en koe saaneeni tukea mistään.”	Ammattilainen ei esittänyt kysymyksiä Ammattilainen ei osoittanut kiinnostusta diabeetikon ruokavaliohoitoa kohtaan	Etäännyminen keskusteluyhteydestä	Vetäytyvä vuorovaikutus	
”(–) se hoiti sen homman just mutta se oli sen sorttinen että että ei sillä ollu mitään siis semmosta, tarvetta sitten sen ihmeempiä mun kanssani. (–) Häntä ei kiinnostanu millään lailla siis, mikään muu ku se että ne kokeitten tulokset (–) ku mä huomasin että se ei oo, kauheesti halua mun kanssa kommunikoida niin määkin aattelin että olkoon. Ettei kato ettei ala ärsyttää siis sitä, tietien tahtoen sitä.”	Ammattilainen keskittyi kokeiden tuloksiin Diabeetikko ei yrittänyt muuttaa vuorovaikutuksen luonnetta Diabeetikko ei halunnut ärsyttää ammattilaista	Virallisuus		
”se jotenkin niin kun syytti hyvin selkein, selkein sanoin mua vähän niin kun kaikesta. Että mä syön väärin ja tota. (–) sano tota lääkityksistäänkin, että tota sä syöt niin hirvittävästi lääkkeitäkin, että tota nekin tekee sut huonokuntokseks ja .. (–)Niin se tuntuu semmoselta inhottavalta, että siinä odotti kun pääsis vaan äkkiä lähteen pois täältä, että siinä rupes tullen jo vähän paniikin tuntuu, semmosta että tota.. ja erittäin paha mieli sitten kyllä tuli. (..) vähän semmonen epätoivon olo kanssa oli siinä, että tota. Kun tuntu, että siitä ei mitään, mitään hyötyä saa että on semmosta syytöstä, että oon tämmönsä sairauden ittelleni hommannu ja tällain että.”	Diabeetikko koki ammattilaisen syyllistävän häntä vääränlaisesta ruokavaliosta Diabeetikko koki ammattilaisen syyllistävän häntä tarvittavan lääkityksen käyttämisestä Diabeetikko koki tullessa syyllistetyksi sairastumisesta Diabeetikko pahoitti mielensä Diabeetikko alkoi odottaa käynnin päättymistä Diabeetikko ei saanut käynnistä hyötyä	Syyllistämisen ja syyllistymisen	Ojentava vuorovaikutus	
”(–) mä pyysin sitä (ammattilaista) sillon jo, et piti mitata verenpainetta, kun se oli jossain muualla sanottu, että se oli hyvin korkea, niin (–) se ei hoitanut sitä mitenkään (–). Ja tota mä puhuin näistä pissattamisesta ja muuta että kun on aina väsyny, niin se oli sitä mieltä, että tää johtuu vaan mun alkoholin käyttötaustasta. (–) ja tota sitten kun on tätä vyötärölihavuutta. (–) se sano, että ei kai se tässä tilanteessa oo mikään ihme, jos verenpaine on vähän korkeella. (–) Et ei mitään tukea tai apua saanu, vaan sitä alas painamista menneestä (–) tää sit tosiaan aiheutti mulla semmosen pelkotilan (–) päätin, että mä en enää ikinä tuu tän ammattiryhmän vastaanotolle.”	Ammattilainen määritteli diabeetikon oireiden johtuvan diabeetikon alkoholinkäyttötaustasta ja vyötärölihavuudesta Diabeetikko koki saaneensa avun ja tuen sijaan alas painamista menneisyydestään johtuen Kokemus aiheutti diabeetikolle ammattilaiskohtaamisiin liittyvän pelkotilan	Menneisyyteen suuntautumisen		

Taulukko 2 Pääluokat, yläluokat ja alaluokat

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tiedon jakaminen diabeetikoiden lähtötietojen, tilanteen, toiveiden ja huolien pohjalta Tiedon tarpeiden kysyminen ja ääneen sanoittaminen Kuultuun reagoiminen Kuullun tiedon tarkentaminen Ajan antaminen kuuntelemiselle Jaetun tiedon konkretisoiminen Toisen viestintätyyliin tutustuminen	Tarvelähtöinen vuorovaikutus Kuunteleva vuorovaikutus Diabeetikkojen viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus	Tiedon jakaminen
Jaetun tiedon kytkeytyminen hoidettavaan tehtävään Tiedon tarpeiden selvittämättä jättäminen Vähäinen reagointi kuultuun Tiedon tarkentamatta jättäminen Kiireinen ilmapiiri Jaetun tiedon konkretisoimisen puute Toisen viestintätyyliin tutustumatta jättäminen	Tehtävälähtöinen vuorovaikutus Kuuntelematon vuorovaikutus Ammattilaisten viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus	
Aktiivinen kontaktin ottaminen Itsestä kertominen Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen Tulevaisuuteen suuntautuminen	Välitön vuorovaikutus Välittävä vuorovaikutus	Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen
Etääntyminen keskusteluyhteydestä Virallisuus Syllistäminen ja syyllistyminen Menneisyyteen suuntautuminen	Vetäytyvä vuorovaikutus Ojentava vuorovaikutus	
Päätöksistä keskusteleminen Molempien mielipiteiden huomioiminen Diabeetikon päätösvallan kunnioittaminen Hoidonohjauskeskustelun määrittäminen osaksi jatkuvaa hoitoprosessia Hoitopäätösten määrittäminen yhteisiksi Hoitopäätösten kuvaaminen dynaamisiksi	Jaettu päätöksenteko Hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus	Yhteistyöroolin määrittäminen
Ammattilaisvetoinen yksisuuntainen keskustelu Diabeetikon kokemusperäisten havaintojen kyseenalaistaminen Senhetkiseen tilanteeseen keskittyminen Diabeteshoidon toteuttamisen määrittely yksin diabeetikon vastuulle	Autoritäärinen päätöksenteko Hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus	

diabeetikoiden tilanteeseen ja tarpeisiin liittyviä kysymyksiä. Diabeetikot puolestaan edistivät kyseistä prosessia esittämällä tarkentavia kysymyksiä sekä sanoittamalla ääneen omia tiedon tarpeita.

Kuunteleva vuorovaikutus tarkoitti kuultuun reagoimista, kuullun tiedon tarkentamista sekä ajan antamista kuuntelemiselle. Molemmat osapuolet osoittivat kuultuun reagoimista katsekontaktilla, nyökkäyksin ja kuultuun tietoon tai kysymykseen vastaamalla. Lisäksi osapuolet tar-

kensivat tietoa pohtimalla yhdessä, miten jaettu tieto oli ymmärretty ja mitä tieto tarkoitti omahoidon suunnittelemisen ja toteuttamisen osalta. Täten tietoa ei vain vaihdettu, vaan sitä prosessoitiin yhdessä. Lisäksi molemmat osapuolet osoittivat antavansa aikaa viestintätilanteelle ja toisen kuuntelemiselle.

Diabeetikoiden viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus tarkoitti jaetun tiedon konkretisoimista sekä tutustumista toisen viestintätyyliin. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa am-

mattilaiset käyttivät hoito-ohjeiden antamisessa arkielämän esimerkkejä sekä välttivät lääketieteellisten termien käyttöä, jolloin jaetusta tiedosta oli sujuvampaa keskustella ja diabeetikoiden oli helpompi ymmärtää annetut ohjeet. Toisen viestintätyyliin tutustuminen tarkoitti puolestaan toisen osapuolen viestintätyylin havainnointia ja oman viestintätyylin suhteuttamista siihen. Sopivan tyylin löytymistä tuki hoitosuhteen jatkuvuus. Tällöin osapuolet olivat jo oppineet tuntemaan toistensa tavat olla vuorovaikutuksessa. Sopiva tiedon jakamisen tyyli oli kuitenkin mahdollista löytää myös ensikäynnillä ammattilaisen osoittaman kiinnostuneisuuden, ystävällisyyden, rentouden sekä epämuodollisiin asioihin liittyvän itsestä kertomisen avulla. Joillekin sopiva tiedon jakamisen tyyli oli suora, joillekin ymmärtäväinen ja joillekin humoristinen.

”joo että sä voisit mennä ulkoiluttaan sun koiraa”, mä sanoin et joo kyllä ihan hyvä ehdotus mut mul ei oo koiraa. Niin (ammattilainen) sano että ”no ei se haittaa mee silti”. Et kuitenkin että ku koiranulkoiluttajat niitten on kerta kaikkiaan mentävä että siinä ei voi miettiä et menenks mä vai en että, samalla asenteella niin, et hän viestitti tämmösellä jutulla. Ja kyllä mä rupesinki sitte käymään mä tein kuudelta aamulla pitkiä kävelylenkkejä ja sitte pyörällä ajoin kans aika paljon, mutta nyt mä en oo täällä sitä kovin paljoo, sitä aamukävelyä en oo moneen vuoteen harrastanu ollenkaan. Et kyl mä kävelylenkkejä teen, mut mä en ikinä unohda tätä kommenttia se oli mainio juttu kyllä.”

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa tiedon jakamista esti tehtävälähtöinen, kuuntelematon ja ammattilaisten viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus. Tehtävälähtöisyys tarkoitti tiedon jakamisen kytkeytymistä hoidettavaan tehtävään sekä tiedon tarpeiden selvittämättä jättämistä. Keskustelut käynnistyivät ja rajautuivat niiden tietojen jakamiseen, jotka liittyivät keskustelun ennalta määriteltyyn tehtävään – esimerkiksi hoitovälineiden käytön opettelemiseen – sen sijaan, että keskustelussa olisi käsitelty diabeetikoiden senhetkistä tilannetta ja tarpeita. Rajauksen tekivät diabeetikoiden kokemusten mukaan ammattilaiset.

Kuuntelemattomuus ilmeni vähäisenä reagoimisena kuultuun, tiedon tarkentamatta jättämisenä sekä kiireisenä ilmapiirinä. Ammattilaisten toiminnassa kuuntelemattomuus ilmeni niukkana reagoitina diabeetikoiden kertomaan – esimerkiksi hymähtelynä ilman katsekontaktia. Ammattilaiset eivät olleet myöskään tarkistanee tietoa antaessaan, oliko heidän viestinsä ymmärretty heidän tarkoittamallaan tavalla. Lisäksi ammattilaiset olivat luoneet omalla viestintäkäytäytymisellään kiireisyyden tuntua, esimerkiksi kertomalla odotustilassa olevista potilaista tai puhumalla käsiteltävät asiat nopeasti antamatta diabeetikoille tilaa osallistua keskusteluun. Diabeetikoiden toiminnassa kuuntelemattomuus ilmeni vähäisenä reagoimisena kuultuun. He ottivat ammattilaisten viestit vastaan, mutta katsoivat parhaaksi vaieta ja tehdä keskustelujen jälkeen omat johtopäätökset kuullusta omien tietojen pohjalta. Täten vuorovaikutuksessa muodostui väärinymmärryksiä, jotka konkretisoituivat myös koettujen hoidonohjauskeskustelujen jälkeen tehtyjen hoitopäätösten tasolla.

”kun mä sanoin sille että mulla on semmonen, mä kuulen mun sydämenlyönnit mun päässä, niin se sanoi ”ääh”, sit se kirjotti koneella niin vahvistuksen tolle.. verenpainelääkkeelle. No mää sanoin, että ”no mikäs tää nyt sitten on?” ”No se vahvistaa sitä verenpaineläketä.” Ja, niin kuin monet tietää, kuinka vähän mulla on verenpainetta. – Et se oli niinku turha keskustelu, kun tuntu, et se ei kuuntele. – – Mutta en minä oo ottanu kun sen yhden tabletin. Mitä tukee se verenpainelääke tarttee, kun mulla on verenpainemittari kotona ja ne on ihan ok.”

Ammattilaisten viestintätyyleihin mukautettu vuorovaikutus tarkoitti jaetun tiedon konkretisoinnin puutetta sekä toisen viestintätyyliin tutustumatta jättämistä. Ammattilaiset eivät olleet konkretisoinneet hoito-ohjeita diabeetikoiden tietotason mukaan, eivätkä he osoittaneet halukkuutta huomioida diabeetikoiden viestintätyyliä vuorovaikutuksessa. Täten hoidonohjauskeskusteluissa ei yritetty löytää diabeetikoille sopivaa tapaa vastaanottaa ja prosessoida tietoa sekä osallistua keskusteluun, mikä vaikeutti tiedon jakamista sekä hoito-ohjeiden ymmärtämistä.

”ne (hoito-ohjeet) oli vähän semmosia.. vähän semmosia sekavia, että niistä ei ihan päässy sillain tarkalleen selville, että.. Että mitä se sitten loppujen lopuks niin tarkalleen tarkotti, mulle oli tällaiset sanat hiilihydraatti ja mitä sanoja se käytti noista, kun ne oli semmosia, et mä en niin kun sillain ymmärtäny, että missä on hiilihydraatteja ja tällain.”

SOSIAALISEN TUEN OSOITTAMINEN JA SAAMINEN

Sosiaalisen tuen osoittaminen ja saaminen tarkoittivat merkitysneuvotteluja, jotka liittyivät sairauteen ja omahoitoon liittyvien kielteisten tunteiden hallintaan. Syyllisyyttä, huolta, epävarmuutta, pelkoa ja ahdistuneisuutta aiheuttivat erityisesti oman terveydentilan heikentyminen sekä sairauden mahdolliset vaikutukset arkielämään.

Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista edisti välitön ja välittävä vuorovaikutus. Välitön vuorovaikutus tarkoitti aktiivista kontaktin ottamista ja itsestä kertomista. Aktiivinen kontaktin ottaminen ilmeni kokemuksissa molemminpuolisena katsekontaktin ottamisena, hymyileväisyytenä, reippaana kädenpuristuksena sekä aktiivisena keskusteluna, jossa uskallettiin käyttää myös huumoria. Myös itsestä kertominen oli vastavuoroista. Vaikka diabeetikot kertoivat luontaisesti enemmän itsestään kuin ammattilaiset, molemmat osapuolet jakoivat tietoa yhteisistä kiinnostuksen kohteista, asuinpaikkakunnista, loma-kohteista, harrastuksista sekä perheenjäsenien määrästä. Itsestä kertominen säilyi kuitenkin tuttavallisella tasolla. Sekä aktiivisen kontaktin ottamisen että itsestä kertomisen ansiosta ammattilaiset vaikuttivat diabeetikoista inhimillisiltä ja helposti lähestyttäviltä; jos heidän kanssaan pystyi keskustelemaan tavallisista asioista, heidän kanssaan pystyi keskustelemaan myös arkaluontoisemmista, terveyteen liittyvistä vaikeammista ajatuksista ja tunteista (ks. taulukko 1).

Välittävä vuorovaikutus tarkoitti hyväksynnän osoittamista ja saamista sekä tulevaisuuteen suuntautumista. Hyväksynnän osoittaminen ja saaminen ilmenivät vuorovaikutuskokemuksissa kannustavan palautteen antamisena ja saamisena, samanmielisyyden ilmauksina sekä kielteisten tunteiden esittämisenä ja ymmärtäväisenä suhtautumisena niihin. Ammattilaiset esimerkiksi peilasivat kielteisiä ajatuksia toisten diabeetikoi-

den ajatuksiin kuvaten niitä luonteviksi, eivätkä ammattilaiset tuoneet esille omia mahdollisia kielteisiä ajatuksiaan diabeetikoita kohtaan. Osa ammattilaisista toi kuitenkin esille huolestuneisuutensa diabeetikoiden terveydentilasta esimerkiksi herkistymällä ja korostamalla vakavilla äänenpainoilla säännöllisen lääkityksen tärkeyttä. Tämänkaltaiset tunneilmaisut diabeetikot kokivat kuitenkin myönteisiksi välittämisen osoituksiksi.

Tulevaisuuteen suuntautuminen tarkoitti sitä, että ammattilaiset ohjasivat vuorovaikutusta ennen kaikkea siitä keskustelemiseen, miten diabeetikoiden omahoitoa voitaisiin jatkossa tukea. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa ammattilaiset ja diabeetikot pohtivat yhdessä konkreettisia ja maltillisia omahoitotavoitteita sekä niiden myönteisiä seurauksia diabeetikon terveydelle. Vaikka välittävän vuorovaikutuksen molempien osa-alueiden onnistuminen oli erityisesti ammattilaisten vastuulla, edellyttivät ne myös diabeetikoilta itseltään riskinottoa, kun he kertoivat ammattilaisille sairauteen liittyvistä syyllisyyden tunteista tai vaikeuksista omahoidossa. Kun välittävä vuorovaikutus toteutui, sairauden liittyvien kielteisten tunteiden hallinta helpottui. Esimerkiksi sairauteen liittyvät pelot ja epävarmuuden tunteet lievenivät. Lisäksi sairaus ei enää vaikuttanut elämää hallitsevalta, vaan hallittavissa olevalta elämän osa-alueelta.

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa sosiaalisen tuen osoittamista ja saamista esti vetäytyvä ja ojentava vuorovaikutus. Vetäytyvä vuorovaikutus tarkoitti etääntymistä keskusteluyhteydestä sekä virallisuutta. Etääntyminen keskusteluyhteydestä tarkoitti molempien osapuolten kohdalla kysymysten ja vastausten niukkaa esittämistä sekä etäisyyden ottamista esimerkiksi muualle päin katsomalla. Virallisuus tarkoitti keskustelun pysymistä tiukasti käsiteltävässä asiassa ilman huumoria. Ammattilaiset eivät kertonut itsestään, ja myös diabeetikot katsoivat parhaaksi kertoa vain välttämättömät asiat, jotta he eivät vaikeuttaisi keskustelun kulkua esimerkiksi ärsyttämällä vahingossa omalla käyttäytymisellään toista osapuolta.

Ojentava vuorovaikutus tarkoitti syyllistämistä ja syyllistymistä sekä ja menneisyyteen suuntautumista. Syyllistämistä ja syyllistymistä ilmeni keskusteluissa, joissa diabeetikot kokivat joutuneensa vastaanottamaan ammattilaisten suoria

tai epäsuoria moitteita sairastumisesta, terveyden laiminlyönnistä sekä terveystalvelujen käyttämisestä itseaiheutetun sairauden osalta. Meneisyyteen suuntautuminen tarkoitti ammattilaisten ohjanneen vuorovaikutusta siitä keskusteleminen, miten tilanteeseen on tultu ja mitä diabeetikoiden olisi jo terveytensä edistämiseksi pitänyt tehdä. Kyseisissä keskusteluissa diabeetikot kokivat joutuneensa tilanteeseen, jossa heidän ainoa mielekäs vaihtoehtonsa oli odottaa keskustelun päättymistä puolustautumisen sijaan. Molemmat ojentavan vuorovaikutuksen muodot johtivat diabeetikkojen kokemuksissa usein hoitosuhteiden katkeamiseen sekä kielteisten tunteiden käsittelyn vaikeutumiseen.

YHTEISTYÖROOLIN MÄÄRITTELEMINEN

Yhteistyöroolien määrittelyminen tarkoitti merkitysneuvottelujen käymistä liittyen siihen, miten omahoitoon ja hoidonohjaukseen liittyvät tehtävät ja vastuut ymmärrettiin ja jaettiin. Myönteisissä vuorovaikutuskokemuksissa yhteistyöroolien määrittelymistä edisti jaettu päätöksenteko sekä hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus. Jaettu päätöksenteko tarkoitti päätösten tekemistä yhdessä keskustellen, molempien mielipiteet huomioiden sekä diabeetikoiden päätöksentekovaltaa kunnioittaen. Jaettu päätöksenteko tarkoitti käytännössä ammattilaisten esittämiä vahvoja suosituksia, joiden pohjalta diabeetikot tekivät lopulliset päätökset oman harkintansa pohjalta.

Mä menin niitä (labratuloksia) kuulemaan. Niin siinä kohtaa mä sanoin, että kuule, et mä en haluu alottaa sitä lääkitystä. Ja hän sano, no sä oot aikuinen ihminen ja se on sun oma ratkasu, ja että ei hän tietenkään pakota, että mutta et sä tiedät että tämmönen mahdollisuus on olemassa, että tämmöstäkin voi kokeilla. – – Ja sit siitä tulikin hirveen hyvä kokemus just sen takia, että huomasi, että, et eihän tää oookkaan niin ku, et tää ei toimikkaan niin, että sieltä tulee vaan niitä käskyjä ja sitten me totellaan potilaat, että vaan todella se oli semmonen vuorovaikutteinen homma.”

Hoidonohjauksen prosessimaisuutta korostava vuorovaikutus tarkoitti hoidonohjauskeskustelun määrittelymistä osaksi jatkuvaa hoitoprosessia.

Käytännössä tämä ilmeni hoitosuunnitelmien ja hoitopäätösten kuvaamista yhteisiksi, joiden suunnitteleminen ja seurantaan molemmat osapuolet sitoutuivat. Lisäksi hoitosuunnitelmat ja päätökset määriteltiin dynaamisiksi, jolloin niitä olisi myös mahdollista diabeetikon terveystilanteen mukaan muuttaa. Täten diabeetikot eivät kokeneet jäävänsä sairauden kanssa yksin, vaan heille muodostui käsitys hoitoprosessin jatkuvuudesta joko saman tai muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

Kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa yhteistyöroolien määrittelyminen esti autoritääriinen päätöksenteko sekä hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus. Autoritääriinen päätöksenteko näyttäytyi kokemuksissa ammattilaisvetoisina yksisuuntaisina keskusteluina, joissa ammattilaiset esittivät ehdottomia mielipiteitä sairauden hoitamisesta sekä kyseenalaistivat diabeetikoiden kokemusperäisiä havaintoja. Omahoitoon liittyvistä asioista keskusteleminen sekä päätöksentekoprosessi näyttäytyivät diabeetikoille keskusteluina, joihin he eivät pystyneet osallistumaan. Hoidonohjauksen episodimaisuutta korostava vuorovaikutus tarkoitti puolestaan vuorovaikutuksen keskittymistä senhetkiseen tilanteeseen sekä diabeteshoidon toteuttamisen määrittelymistä yksin diabeetikon vastuulle. Hoidonohjauskeskusteluissa ei keskusteltu terveydenhuollon ammattilaisen roolista omahoidossa eikä keskustelua asetettu osaksi pidempää hoidon jatkumoa. Sen sijaan keskusteluissa korostui, että ammattilaiset määrittelyivät olevansa apuna vain siinä hetkessä – muutoin omahoidon toteuttamisvastuu sekä tarvittavan avun hakemisvastuu määriteltiin olevan yksin diabeetikoilla. Sekä autoritääriinen päätöksenteko että hoidonohjauksen episodimaisuuteen painottunut vuorovaikutus johtivat yleensä diabeetikoiden itsenäisiin hoitoratkaisuihin.

”No se oli tälläsesta, kun oli kolesterolilääkkeestä kysymys ja kun oli sitten, ne ei sopinut ne lääkkeet minulle, ja hän – – sitten vastas siinä, kun mä sitten pyysin erilaisia lääkkeitä tai jotain, että kun mä en saanu kunnolla nukuttua tai muuta. Niin (ammattilainen) sit tokas vaan sitten, että ei ne mitään semmosta tee. Viistoista kiloo painosta poies, ja mikäähän se sitten oli vielä... ja elämäntapojen muutos. Ja mä itse mietin, että mikäähä, ja mä

liikunkin paljon enkä käytä alkoholia enkä tupakkaa. – – Enhä mä oikeastaan osannut sanoo mitään siinä kohtaa, mutta en myöskään syönyt sitä lääkettä sen jälkeen.”

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELUA

Tämän viestintätieteellisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyyppin 2 diabeetikoiden kokemuksia siitä, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välinen vuorovaikutus edistää ja estää omahoitoon kytkeytyvää yhteistyötä. Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolien määrittämisen osa-alueilla. Kyseisten osa-alueiden näyttäytyminen sekä myönteisissä että kielteisissä vuorovaikutuskokemuksissa kuvastaa niiden keskeisyyttä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön rakentumisen kannalta. Tutkimuksen tulokset vahvistavat myös aikaisempien tutkimusten tuloksia (11–12, 21, 31, 33–34), joissa on kuvattu osa-alueiden merkitystä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön onnistumisen kannalta.

Tässä tutkimuksessa yhtenä merkittävänä osa-alueena näyttäytyi yhteistyöroolien määrittäminen, joka on toistaiseksi esiintynyt diabetisaiheisissa tutkimuksissa harvemmin. Aiemmin vuorovaikutuksen merkitystä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä on kuvattu lähinnä suhteessa siihen, miten se edistää diabeetikon selviytymistä sairauden kanssa. Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten yhteistyöroolien määrittäminen toteutetaan vuorovaikutuksessa jo yhteistyön alkuvaiheessa, eli miten molemmat osapuolet asemoivat itsensä ja toisensa yhteistyön tekijöiksi ja miten osapuolet yhteistyön tekemisen omahoidon kontekstissa ymmärtävät (23, 33). Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että kun yhteistyöroolit määriteltiin yhdessä keskustellen, päätöksenteko näyttäytyi jaettuna ja yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa koettiin jatkuvana prosessina. Mikäli yhteistyörooleja ei määritelty, päätöksenteko näyttäytyi autoritäärisenä ja hoitoprosessi yksittäisinä hoidonohjauskeskusteluina, joiden jälkeen diabeetikot tekivät usein hoitoratkaisut itsenäisesti. Voidaan todeta, että yhteistyöroolien määrittämisellä on keskeinen merkitys paitsi

yhdelle hoidonohjauskeskustelulle, myös tulevaisuudessa rakentuville hoidonohjauskeskusteluille terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Yhteistyöroolien määrittämistä sekä muiden yhteistyön osa-alueiden tarkoituksenmukaista toteutumista edisti ja esti tämän tutkimuksen tulosten perusteella erityisesti yhteinen vuorovaikutustyyli, jonka rakentumiseen sekä ammattilaiset että diabeetikot omalla viestintäkäyttäytymisellään hoidonohjauskeskusteluissa vaikuttivat. Yhteistyötä edisti runsas, vastavuoroinen, tasavertaista ja kunnioittavaa hoitosuhdetta rakentava sekä verbaalisesti ja nonverbaalisesti monipuolinen vuorovaikutustyyli, jota lähdettiin rakentamaan diabeetikon tarpeista ja toiveista mutta myös vuorovaikutuksessa ilmenevästä, tilannekohtaisesta viestintätyylistä käsin. Yhteistyötä estävä vuorovaikutustyyli näyttäytyi puolestaan yksisuuntaisena, niukkana ja tehtävään keskittyvänä vuorovaikutuksena, jonka tyyliä diabeetikot eivät kokeneet pystyvänsä muuttamaan. Voidaan todeta, että mitä enemmän diabeetikot kokivat pystyvänsä vaikuttamaan keskinäisen vuorovaikutustyylin muotoutumiseen, sitä myönteisemmäksi yhteistyö yksittäisessä hoidonohjauskeskustelussa koettiin.

Vuorovaikutustyyliin liittyvät tulokset täydentävät aikaisempia potilaslähtöisyyden merkitystä korostavia tutkimustuloksia ja ohjeistuksia, joissa kunnioittavan ja tasavertaisen vuorovaikutuksen sekä diabeetikon aktiivisen osallistumisen nähdään olevan onnistuneen omahoidon keskiössä (1, 12, 26, 28). Aiemmin tutkimuksissa on painotettu potilaslähtöisyyden olevan erityisesti ammattilaisten viestintäkäyttäytymisessä ilmenevä suhtautumistapa (29–31). Tämän tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että potilaslähtöisyyden onnistuneessa toteuttamisessa on kyse myös yhteisen vuorovaikutustyylin luomisesta, joka rakennetaan yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti.

Tulokset osoittivat lisäksi, että yhteisen vuorovaikutustyylin merkitys yhteistyössä ei kiinnity diabeetikkojen näkökulmasta pelkästään omahoidon suunnittelemiseen, vaan myös omahoidon toteuttamiseen. Kun ammattilainen ja diabeetikko onnistuivat rakentamaan yhteisen vuorovaikutustyylin, diabeetikot kokivat saavansa tarkoituksenmukaista ja ymmärrettävää tietoa, sosiaalista tukea sekä selkeyttä yhteistyön osapuolten rooleihin omahoidossa. Jos tarkoituksen-

mukaista vuorovaikutustyyliä ei hoidonohjauskeskusteluissa onnistuttu rakentamaan, tiedon jakaminen vaikeutui ja diabeetikot kokivat jääneensä vaille tukea, millä oli vaikutuksia muun muassa hoito-ohjeiden noudattamisen, hoitoon hakeutumisen sekä hoitoon motivoitumisen kannalta. Yhteistyön kytkeytyminen omahoidon toteuttamiseen on tuore näkökulma, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa ja ohjeistuksissa yhteistyö on kytkeytynyt enemmän omahoidon suunnitteluvaiheeseen. Esimerkiksi diabeteksen hoidonohjauksen laatukriteereissä (13) yhdessä tekeminen kytketään osaksi diabeetikoiden tarpeista lähtevien tavoitteiden asettamista, mutta omahoidon toteuttamista kuvataan enemmän diabeetikkojen itsenäiseksi toiminnaksi. Tulosten perusteella on aiheellista pohtia, tulisiko terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen toimivan yhteistyön ja sitä rakentavan vuorovaikutuksen olla jatkossa näkyvämpi ohjausprosessin laatukriteeri? Käytännössä tämä voisi tarkoittaa nykyisten laatukriteereiden kirkastamista esimerkiksi siltä osin, mitä hoidonohjaukseen osallistuvien tavoitteiden ja taustafilosofioiden yhtenäisyydellä käytännössä tarkoitetaan sekä miten tämän toteutumista arvioidaan eri seurantaindikaattorein.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tämän laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, siirrettävyyden, vahvistettavuuden ja refleksiivisyyden näkökulmista (47). Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkijan huolellinen perehtyminen aineistoon sekä analyysin työstäminen yhdessä tutkijakollegoiden kanssa. Lisäksi uskottavuutta lisää aineiston sisällöllinen rikkaus, mikä ilmenee esimerkiksi myönteisten ja kielteisten kokemusten riittävänä määränä sekä monipuolisina kokemuskuvauksina. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat muistavat ja tästä syystä myös tuovat helpommin esille kielteisiä kuin myönteisiä kokemuksia (48). Tässä tutkimuksessa myönteisiä kokemuksia (N = 42) oli kuitenkin kaksi kertaa enemmän kuin kielteisiä (N = 21), minkä voidaan osaltaan katsoa vahvistaneen aineiston rikkautta ja uskottavuutta.

Tutkimusaineisto kerättiin kahden eri menetelmän avulla, ja aineistot yhdistettiin analyysivaiheen alussa. Koska molemmissa aineistoissa käytettiin samaa analyysiyksikköä (merkitykselliset tapahtumat), aineistojen yhdistäminen oli

perusteltua. Vaikka aineistot analysoitiin yhdessä, oli havaittavissa, että teemahaastatteluaineisto sisälsi pidempiä kuvauksia kuin kirjallisesti tuotettu aineisto. Avoimen kyselyn vastaukset puolestaan olivat usein ilmaisultaan tiiviimpiä ja niiden analysointi vaati erityistä tarkkaavaisuutta, jotta ilmauksen alkuperäinen tarkoitus varmasti säilyi. Tutkimuksen uskottavuutta arvioitaessa voidaan myös todeta, että erityisesti teemahaastattelumenetelmä mahdollisti rikkaan aineiston keräämisen. Tämä johtui siitä, että haastattelutilanteissa tutkija pystyi esittämään osallistujille tarkentavia lisäkysymyksiä. Kyse-lyaineisto kuitenkin täydensi tutkimusaineistoa ja osaltaan osoitti, että tietyt merkitykselliset ilmaisut toistuvat aineistossa, mikä lisää tulosten uskottavuutta.

Aineiston siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että tutkimuksessa tarkasteltiin vain yhteistyön toisen osapuolen, eli diabeetikoiden muistikuviiin ja tulkintoihin perustuvia kokemuskuvauksia toteutuneen yhteistyön vuorovaikutuksellisesta luonteesta. Myös tutkimukseen osallistujien ikärakenne vaikuttaa aineiston siirrettävyyteen. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli aineistonkeruuhetkellä yli 60-vuotiaita, joiden suhtautuminen ammatilliseen vuorovaikutukseen esimerkiksi päätöksentekotilanteissa saattaa olla erilainen kuin nuoremmilla tyyppin 2 diabeetikoilla. Siirrettävyyttä arvioitaessa on myös otettava huomioon, että tutkimuksesta tiedotettiin diabetesyhdistysten ja Diabetesliiton kautta, jolloin tutkimuksen kohderyhmä on voinut painottua liiton ja yhdistysten toiminnassa aktiivisesti mukana oleviin henkilöihin. Tutkimustiedote julkaistiin kuitenkin myös avoimesti sosiaalisessa mediassa ja tutkimukseen osallistuneet informoivat lähipiiriään tutkimuksesta. Näin turvattiin se, että tieto mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen tavoitti mahdollisimman laajasti pirkanmaalaiset tyyppin 2 diabeetikot.

Tulosten vahvistettavuudesta ja refleksiivisyydestä huolehdittiin suunnittelemalla ja toteuttamalla tutkimusprosessi huolellisesti noudattaen tutkimuksen teon eettisiä periaatteita (45). Lisäksi tutkimusprosessi kuvattiin mahdollisimman tarkasti aineistonkeruuvaiheesta lähtien. Tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia diabeetikoiden vastauksista. Tutkimukseen osallistuneiden ääni tuotiin kuuluviin ja kaikki keskeiset tutkimustulokset raportoitiin

rehellisesti ja johdonmukaisesti. Tutkijoilla ei ollut tutkimusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia. On kuitenkin huomioitava, että tehdyt tulkinnat aineistosta rakentavat aina kokemuksista muodostuvaa todellisuuskuvaa. Tulkinnat eivät kuitenkaan merkitse tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan erilaiset todellisuudet hyväksytään osaksi laadullisen tutkimuksenteon luonnetta (49). Täten sekä osallistujien että tutkijoiden tekemät tulkinnat ovat parhaimmillaan lisänneet ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (50), eli tässä tapauksessa vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön edistäjänä ja estäjänä.

PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tulokset osoittivat, että vuorovaikutus edisti ja esti omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä erityisesti tiedon jakamisen, sosiaalisen tuen sekä yhteistyöroolin määrittelemisen osa-alueilla. Vuorovaikutuksella oli merkitystä yhteistyön osa-alueiden kautta sekä omahoidon suunnitteluun että omahoidon toteuttamiseen. Erityisen merkityksellinen tekijä yhteistyön toimivuuden ja onnistuneen omahoidon kannalta oli yhteinen vuorovaikutustyyli, joka rakennettiin yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Täten jokainen yksittäinen hoidonohjauskeskustelu on tärkeä mahdollisuus edistää vuorovaikutuksen keinoin omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön tekemistä tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. Tuloksia voidaan hyödyntää hoidonohjauksen laatuksiteereiden päivittämisessä ja tätä kautta omahoitoon kytkeytyvän yhteistyön arvioimisessa ja kehittämisessä.

Peltola, M., Isotalus, P., Åstedt-Kurki, P. Type 2 diabetic patients' experiences of the significance of professional-patient interaction in diabetes management-related collaboration. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2021: 58: 396–411.

Successful diabetes management requires functional collaboration between health care professionals and diabetic patients, which is accomplished through the process of interaction. However, the relationships between diabetes management, collaboration, and professional-patient interaction and the significance of professional-patient interaction for the collaboration process have not been studied extensively in the context of type 2 diabetes care.

This communication science study aimed to describe the experiences of type 2 diabetic patients to show how professional-patient inter-

Tulosten vahvistamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta yhteistyön, vuorovaikutuksen ja omahoidon välisestä suhteesta sekä niiden yhteydestä lähikäsitteisiin, kuten hoidosta sopimiseen sekä potilaslähtöisyyteen. Lisäksi tarvitaan tutkimusta terveydenhuollon ammattilaisten sekä eri-ikäisten ja hoidon eri vaiheissa olevien diabeetikkojen näkemyksistä yhteistyön rakentamisesta. Tällöin yhteistyön kontekstuaalinen luonne tulisi huomioiduksi entistä laajemmin, mutta samalla myös yksilöllisemmällä tasolla.

RAHOITTAJAT

Tutkimusta ovat rahoittaneet Tampereen yliopisto, Jenny ja Antti Wihurin rahasto, Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan maakuntarahasto, Suomen Diabetesliitto sekä Tampereen kaupungin tiedeapurahatoimikunta.

KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIOT

Peltola on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen, suunnitteluun ja toteutukseen. Hän on kerännyt ja analysoinut aineiston sekä luonnostellut artikkelin. Isotalus on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun sekä aineistosta tehdyn analyysin tulkintaan. Hän on tarkastanut artikkelikäsikirjoituksen kriittisesti vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Åstedt-Kurki on osallistunut tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun. Hän on tarkastanut artikkelikäsikirjoituksen kriittisesti vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön.

action facilitates and impedes diabetes management-related collaboration. Patients' (N=41) perspectives were studied qualitatively by examining their experiences (N=63) with doctors and nurses that they found to facilitate or impede diabetes management. Data were collected using an open survey and semi-structured interviews during the years 2014 and 2015. The research data were combined at the analysis phase and were analyzed using qualitative content analysis. The critical incident technique was applied in conducting the study.

Professional-patient interaction both facili-

tated and impeded diabetes management–related collaboration, especially in three sub-areas: the sharing of information, showing and receiving social support, and defining the collaboration-related roles. Through these sub-areas, professional–patient interaction was related both to the planning of diabetes management and its implementation. A central element to the facilitating and impeding significance of professional–patient interaction was found to be whether professionals and diabetic patients managed to build a common

interaction style. The results of this study can be utilized to update the quality criteria for diabetes care and, therefore, to evaluate and develop diabetes management–related collaboration.

Keywords: collaboration, professional–patient interaction, type 2 diabetes mellitus, diabetes management

Saapunut (07.07.2020)
Hyväksytty (01.02.2021)

LÄHTEET

- (1) Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2020. Luettu 1.11.2021. www.kaypahoito.fi
- (2) Pyykkönen AJ, Räikkönen K, Tuomi T, ym. Stressful life events and the metabolic syndrome: the prevalence, prediction and prevention of diabetes (PPP)-Botnia Study. *Diabetes Care* 2010;33:378–384. doi: 10.2337/dc09-1027
- (3) Cappuccio FP, D’Elia L, Strazzullo P, ym. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33:414–420. doi: 10.2337/dc09-1124
- (4) Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, ym. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:804–818. doi: 10.1093/ije/dyr029
- (5) International Diabetes Federation. *Diabetes atlas*; 2019. Luettu 1.11.2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf
- (6) Väättäinen S. Health utility along the diabetes continuum, examination of utility values in impaired glucose metabolism using pre-scored multi-attribute utility instruments. 2020;Jyväskylä:Grano.
- (7) Koski S. *Diabetesbarometri 2019*. Suomen Diabetesliitto ry. Luettu 4.11.2021. https://www.diabetes.fi/files/11454/Diabetesbarometri_2019_web.pdf
- (8) Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G, ym. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health* 2008;8:91–99. doi:10.1186/1471-2458-8-91
- (9) Barlow J, Wright C, Sheasby J, ym. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns* 2002;48:177–187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0
- (10) Ingadottir B, Halldorsdottir S. To discipline a “dog”: The essential structure of mastering diabetes. *Qual Health Res* 2008;18:606–619. doi:10.1177/1049732308316346
- (11) Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54:151–158. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x
- (12) Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, ym. Type 2 diabetes patients’ and providers’ differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res* 2015;15:516. doi: 10.1186/s12913-015-1174-8.
- (13) Suomen Diabetesliitto. *Diabeetikoiden hoidon-ohjauksen laatukriteerit*. Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. Dehko-raportti 2003; 3.
- (14) Ilanne-Parikka P. Terveysyhöymalli diabeteksen hoidon viitekehyksenä. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Niskanen L, Rönnemaa T, ym. (toim) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim; 2019, 40.
- (15) Ilanne-Parikka P. Hoitoyhteistyö ja hoitosuunnitelma. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Niskanen L, Rönnemaa T, ym. (toim) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim; 2019, 41–43.
- (16) Freeman-Hildreth Y, Aron D, Cola PA ym. Coping with diabetes: Provider attributes that influence type 2 diabetes adherence. *PLoS ONE* 2019;14:e0214713. doi: 10.1371/journal.pone.0214713
- (17) Williams JLS, Walker RJ, Smalls BL, ym. Effective interventions to improve medication adherence in Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Manag (Lond)* 2014;4:29–48. doi: 10.2217/dmt.13.62
- (18) Schwartz DD, Stewart SD, Aikens, JE, ym. Seeing the person, not the illness: Promoting diabetes medication adherence through patient-centered collaboration. *Clin Diabetes* 2017;35:35–42. doi: 10.2337/cd16-0007

- (19) Gómez-Velasco DV, Almeda-Valdes P, Martagón AJ, ym. Empowerment of patients with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019;12:1311–1321. doi: 10.2147/DMSO.S174910
- (20) Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004;22:123–127. doi: 10.2337/DIACLIN.22.3.123
- (21) Settineri S, Frisone F, Merlo EM, ym. Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *J Multidiscip Healthc* 2019;12:299–314. doi:10.2147/JMDH.S193752
- (22) Brunton S. I have never liked the term “compliance”. *Clin Diabetes.* 2017;35:76–77. doi:10.2337/cd17-0010
- (23) Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics* 2006;32:507–510. doi: 10.1136/jme.2005.012138
- (24) Keyton J, Ford DJ, Smith FI. A mesolevel communicative model of collaboration. *Commun Theory* 2008;18:376–406. doi: 10.1111/j.1468-2885.2008.00327.x
- (25) Aira A. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. *Jyväskylän yliopisto*; 2012.
- (26) Kyngäs H. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Kirjassa Rintala TR, Kotisaari S, Olli S, ym. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Tammi: Helsinki; 2008, 27–40.
- (27) Himanen O. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Kirjassa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha MT, ym. (toim.) *Diabetes*. Tampere: Duodecim; 2015, 41–44.
- (28) Boström E, Isaksson U, Lundman B, ym. Patient-centered care in type 2 diabetes—An altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scand J Caring Sci* 2014;28:675–682. doi: 10.1111/scs.12092
- (29) Street RL Jr. The many “disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Educ Couns* 2017;100:2131–2134. doi:10.1016/j.pec.2017.05.008
- (30) Mulder BC, Lokhorst AM, Rutten GEHM, ym. Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review. *West J Nurs Res* 2015;37:1100–1131. doi:10.1177/0193945914531077
- (31) Burke JA, Earley M, Dixon LD, ym. Patients with diabetes speak: Exploring the implications of patients’ perspectives for their diabetes appointments. *Health Commun* 2006;19:103–114. doi: 10.1207/s15327027hc1902_2
- (32) Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: Foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54:583–607. doi: 10.1016/j.pcl.2007.07.008
- (33) Morris HL, Carlyle KE, Lafata JE. Adding the patient’s voice to our understanding of collaborative goal setting: How do patients with diabetes define collaborative goal setting? *Chronic Illn* 2016;12:261–271. doi: 10.1177/1742395316648748
- (34) Paiva D, Abreu L, Azevedo A, ym. Patient-centered communication in type 2 diabetes: The facilitating and constraining factors in clinical encounters. *Health Serv Res* 2019;54:623–635. doi: 10.1111/1475-6773.13126
- (35) Partanen TR. Diabeetikoiden hoitotytyväisyyss Suomessa. *Dehko-raportti* 2003:4. Tampere: Suomen Diabeetiliitto ry.
- (36) Braithwaite DO, Baxter LA. Introduction: Meta-theory and theory in interpersonal communication research. Kirjassa Baxter LA, Braithwaite DO (toim.) *Engaging theories in interpersonal communication. Multiple perspectives*. Thousand Oaks: Sage; 2008, 1–18.
- (37) Aikens J, Bingham R, Piette JD. Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *Diabetes Educ* 2005;31:681–690. doi: 10.1177/0145721705280829
- (38) Lewis LK. Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. *Commun Yearb* 2006;30:197–247. doi: 10.1080/23808985.2006.11679058
- (39) Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, ym. Barriers and facilitators for Type-2 diabetes management in South Asians: a systematic review. *PLoS ONE* 2015;10:e0136202. doi: 10.2337/cd16-0007
- (40) Oftedal B, Karlson B, Bru, E. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2010;66:1500–1509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x.
- (41) Kokanovic R, Manderson, L. Exploring doctor-patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2007;22:459–463. doi: 10.1007/s11606-007-0143-2
- (42) Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull* 1954;51:327–358. doi: 10.1037/h0061470
- (43) Kyngäs H. Inductive content analysis. Kirjassa Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M (toim.). *The application of content analysis in nursing Science research.2020; Switzerland: Springer International Publishing AG, 13–22.*
- (44) Butterfield LD, Borgen WA, Amundson NE ym. Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qual Res* 2005;5:475–497. doi: 10.1177/1468794105056924
- (45) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2019. Ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Luettu 5.11.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

- (46) Koponen P, Perälä ML, Räikkönen O. Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä – metodinen tarkastelu (osa 1). *Hoitotiede* 2000a; 12:164–172.
- (47) Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. 3. uud. p. Helsinki: Edita; 2012.
- (48) Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/ patients talking with doctors. (2. uud.p.) Westport: Praeger Publishers; 2006.
- (49) Popay J, Williams G, Rogers A. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qual Health Res* 1998;8:341–351.
doi: 10.1177/104973239800800305
- (50) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483–488.
doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

MAIJA PELTOLA
FM, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto
Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta

PEKKA ISOTALUS
FT, viestinnän professori
Tampereen yliopisto
Informaatioteknologian ja viestinnän tiedekunta

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI
THT, hoitotieteen professori emerita
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta